



CERTIFICAT MEDICAL 2020

Je soussigné(e) Docteur _____, Docteur en
médecine, certifie que l'examen de M / Mme / Mlle

_____,

né(e) le ___ / ___ / ____

ne révèle pas de contre-indications à la pratique du VTT, y compris en compétition.

Certificat établi à _____

Le _____

Signature et tampon du médecin :